|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療業務従事証明書  年　　月　　日  所　　在　　地  医療機関の名称  管　　理　　者  　下記の者は、当医療機関において診療業務に従事していたことを証明します。  記 | | |
| 住所 |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 診療科及び勤務期間 | 診療科 |  |
| 勤務期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日  （　　　年　　　箇月） |
| 勤務期間中に休職期間があったときはその期間及びその理由 | 休職期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日  （　　　　　　　箇月） |
| 休職の理由 |  |

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。